

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 27 (2001)

Heft: 5

Artikel: Transkulturelle Kompetenz im Suchtbereich

Autor: Domenig, Dagmar

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-799998>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 11.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Transkulturelle Kompetenz

im Suchtbereich

Unsicherheit, Unkenntnis sowie Vor- und Fehlurteile behindern in der Praxis immer wieder ein transkulturell kompetentes Handeln. Auch die PraktikerInnen in der Suchtarbeit gehen meist zu wenig auf die Bedürfnisse der von Sucht betroffenen MigrantInnen ein. Ein Grund für dieses Defizit ist, dass von Seiten der Leitungspersonen kaum Anstrengungen unternommen werden, die bestehenden Angebote migrationsspezifisch anzupassen bzw. auszubauen.

DAGMAR DOMENIG*

Ausgehend von einer im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit vom Institut für Ethnologie der Universität Bern durchgeführten Studie, sucht der folgende Beitrag Antworten auf die Fragen zu finden, die sich aus der unzureichenden Berücksichtigung migra-

“Zu wissen, wie man etwas macht, ist nicht schwer. Schwer ist nur, es zu machen.”
(Laotse)

tionsspezifischer Faktoren in der Suchtarbeit ergeben. Dazu beleuchtet er die Bedeutung der transkulturellen Kompetenz im Suchtbereich aus verschiedenen Perspektiven.

Transkulturelle Kompetenz....

Transkulturelle Kompetenz bedeutet die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetentes Handeln setzt sich zum Ziel, an Gemeinsamkeiten anzusetzen, ohne Differenzen zu leugnen, von unterschiedlichen Perspektiven ausgehend sich auf Aushandlungsprozesse einzulassen und letztlich aufeinander zuzugehen und sich nicht voneinander abzuwenden. Als «erweiterte soziale Kompetenz» ermöglicht transkulturelle Kompetenz generell die kreative Auseinandersetzung mit verschiedenen Lebens- und Denkweisen. Nicht nur, jedoch auch im Migrationskontext ist transkulturelle Kompetenz somit Voraussetzung für eine bedürfnisorientierte Behandlung von MigrantInnen. Transkulturelle Kompetenz sollte jedoch nicht mit der Aneignung von Kenntnissen über «fremde Kulturen» oder von stereotypisierenden «kulturspezifischen Rezepten» gleichgesetzt werden, wie das häufig in der Praxis geschieht. Diese Ansätze geben durch schematische Kategorisierungen und ethnospzifische Zuordnungen be-

stimmter Sicht- und Verhaltensweisen nur vermeintliche Sicherheit. Sie helfen in der konkreten Begegnung mit MigrantInnen kaum, Distanzen zu überwinden – im Gegenteil: sie verstärken diese meist noch, indem sich zwischen den beteiligten Personen Vorurteile schieben, die meist kaum etwas mit der realen Lebenswelt der Anwesenden zu tun haben.

... als Voraussetzung

Transkulturelle Kompetenz gründet statt auf «kulturspezifischem» auf generellem Hintergrundwissen über Zusammenhänge zwischen Lebensbedingungen in der Migration und Gesundheit bzw. Sucht sowie über andere wesentliche Aspekte in der alltäglichen Lebenswelt von MigrantInnen, unabhängig vom Herkunftsland. Viele einzelnen MigrantInnengruppen zugeordnete «typische Kulturmuster» haben nämlich oft kaum etwas mit der «Kultur» zu tun. Sie stehen vielmehr in Zusammenhang mit traditionellen Konzepten etwa im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Solche nicht auf dem naturwissenschaftlichen Paradigma gründenden Vorstellungen sind über die ganze Welt verbreitet. Sie unterscheiden sich voneinander meist nur durch den unterschiedlichen lokalen Ausdruck.

PraktikerInnen erlangen transkulturelle Kompetenz nicht nur, indem sie sich dieses nicht kulturalisierende Hintergrundwissen aneignen. Transkulturell kompetent sein heißt außerdem: sich mit eigenen lebensweltlichen Hintergründen und den darauf beruhenden Wertvorstellungen und Handlungsweisen reflexiv auseinanderzusetzen.

In der Praxis – und nicht nur im hier fokussierten Suchtbereich – scheitert eine erfolgreiche Interaktion mit MigrantInnen jedoch immer wieder an einer ungenügenden transkulturellen

* Dr.phil. Dagmar Domenig, Ethnologin, Leiterin Fachstelle Migration und Gesundheit, Schweizerisches Rotes Kreuz, Departement Migration, Rainmattstr. 10, 3001 Bern. dagmar.domenig@redcross.ch



Kompetenz. Somit sind PraktikerInnen auch im Suchtbereich aufgefordert, ihre Handlungsweisen im Migrationskontext zu überprüfen: Sind sie bedürfnisorientiert, anwendbar? Aber auch eigene Vorurteile gilt es kritisch zu betrachten. Im folgenden sollen nun einige Aspekte aus den Studienergebnissen herausgegriffen werden, welche die Interaktion im Migrationskontext erschweren können und deren Verständnis eine wichtige Voraussetzung darstellt, um in der Praxis transkulturell kompetenter zu handeln.

Sprache als häufigstes Problem ...

Als Hauptproblem in der Arbeit mit MigrantInnen gelten bei Fachpersonen vorhandene Sprachbarrieren – das zeigen auch die Studienergebnisse für den Suchtbereich. Die Sprachprobleme werden meist alleine dafür verantwortlich gemacht, dass die Kommunikation mit MigrantInnen erschwert ist. So sind auch aus Sicht der in der Studie befragten Fachleute aus der Praxis MigrantInnen diejenigen, welche die hiesige Sprache nicht oder nur schlecht beherrschen. In diesem Sinn ist es meist

nicht die Migrationsgeschichte eines Klienten oder einer Klientin, die dazu führt, dass andere als die gewohnten Ressourcen mobilisiert werden müssen. Vielmehr sind es Sprachbarrieren, die den gewöhnlichen Handlungsablauf in der beruflichen Praxis erschweren und somit die Fachpersonen in ihrer Arbeit behindern. Auf diese Weise wird der Grad der Integration oder schlicht des Fremdseins von PraktikerInnen mit dem Beherrschten der hiesigen Sprache gleich gesetzt: Je mehr Sprachkenntnisse vorhanden, desto besser sind MigrantInnen integriert und desto weniger muss auf sie migrationspezifisch eingegangen werden.

... darf nicht isoliert betrachtet werden

Auf diese Weise werden Interaktionsschwierigkeiten im Migrationskontext ausschliesslich aus der Sicht der PraktikerInnen definiert. Wie aber fühlen sich denn MigrantInnen in der Interaktion behandelt und in ihren Anliegen ernst genommen? Diese Frage steht nur selten im Raum. Meist nehmen PraktikerInnen gerade Angehörige der

Zweitgeneration bzw. Migrationskinder, welche die hiesige Sprache problemlos beherrschen, nicht mehr als MigrantInnen mit teilweise besonderen Bedürfnissen wahr. Dass sie auf die besonderen Lebenswelten der so genannten Zweitgeneration zu wenig eingehen, ist ihnen kaum bewusst. Doch die in der Studie befragten Migrationskinder italienischer Herkunft kritisieren eben diese Tatsache. Interessant ist, dass die Befragten mehrheitlich eine Beratung oder Therapie in ihrer Muttersprache wünschen, obwohl sie die hiesige Sprache sehr gut sprechen. Sprachbarrieren stellen in der Praxis sicher eine nicht immer einfach zu meisternde Hürde dar. Doch sollte man dabei nicht vergessen, dass auch MigrantInnen und insbesondere Migrationskinder mit guten hiesigen Sprachkenntnissen Anspruch auf eine migrationsspezifisch angepasste und situationsgerechte Behandlung haben. Dieser Anspruch wird in der Praxis aufgrund des auf Sprachkenntnisse reduzierten Integrationsbegriffs meist nicht erfüllt. Doch auch unterschiedliche Vorstellungen in Bezug auf die Beziehungsgestaltung in einem profes-

sionellen Kontext tragen dazu bei, dass Interaktionen im Migrationskontext scheitern.

Weshalb bricht der Kontakt mit MigrantInnen schnell ab?

PraktikerInnen im Suchtbereich verstehen meist nicht, wieso die geknüpften Beziehungen mit MigrantInnen bereits nach einem oder zwei Gesprächen wieder abbrechen. Die Studienergebnisse deuten nun darauf hin, dass unterschiedliche Vorstellungen über die Gestaltung der Beziehung im professionellen Kontext dafür eine Ursache sein könnten. MigrantInnen kommen häufig aus einem familienzentrierten Umfeld, wo Hilfe eher eine familiäre als eine professionalisierte Leistung darstellt. Sie versuchen deshalb meist, auch im professionellen Kontext ein familiäres Klima herzustellen.

Dies trifft nicht nur auf die Eltern suchtmittelabhängiger Kinder zu, sondern gleichermaßen auch auf die Migrationskinder selbst. Dabei wird Vertrauen als familiäre Vertrautheit konzipiert, die sich in freundschaftlichen, gleichberechtigten, meist auch reziproken Beziehungen manifestiert. Durch eine solche «Familiarisierung» der professionellen Beziehung werden professionell-distanzierte Beziehungsvorstellungen unterlaufen, welche PraktikerInnen während ihrer beruflichen Laufbahn entwickelt haben. Dies kann bei PraktikerInnen zu Unsicherheit bis hin zu einem emotionalen Rückzug führen, da sie kaum auf Erfahrungen mit familiarisierten Beziehungen im professionellen Kontext zurückgreifen können.

Wenig Mühe mit dieser Familiarisierung zeigen hingegen PraktikerInnen mit Migrationshintergrund auf, welche offensichtlich sehr gut mit diesen unterschiedlichen Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung umgehen und diese je nach Situation und Kontext flexibel anwenden. Im Unterschied zu PraktikerInnen ohne Migrationshintergrund stellen sie meist um einiges rascher eine Vertrauensbasis her. Dies wohl auch aufgrund des zumindest vermuteten ähnlichen lebensweltlichen Hintergrundes und der verbindenden Migrationsgeschichte.

Flexible Grundhaltung

PraktikerInnen sollten im Migrationskontext vor allem beim Erstkontakt mit

den unterschiedlichen Formen der Beziehungsgestaltung flexibel umgehen. Fordern MigrantInnen eher handlungsorientierte Lösungen, wie z. B. eine unmittelbare Soforthilfe, und scheint es ihnen schwer zu fallen, auf introspektive, problemorientierte Ansätze bereits im Erstgespräch einzusteigen, sollte dies auch entsprechend berücksichtigt werden. Hier empfiehlt es sich, flexibel vorzugehen und nicht auf Abläufen zu beharren, die sich offensichtlich nicht bewähren. Meist ist es für eine erfolgreiche Interaktion im Migrationskontext Voraussetzung, vorgängig eine Vertrauensbasis zu schaffen – ein Prozess, der sich über mehrere Sitzungen erstrecken kann. Das vor allem beim Erstkontakt professionell-distanzierte Auftreten von PraktikerInnen im Sozial- und Gesundheitsbereich scheint im Gegensatz dazu den Aufbau von Vertrauensbeziehungen eher zu erschweren. Die häufig beschriebene «mangelhafte Introspektionsfähigkeit» von MigrantInnen hat demnach vermutlich weniger mit so genannten soziokulturellen Unterschieden zu tun, als vielmehr mit dem nicht vollzogenen Vertrauensbildungsprozess.

Die Bedeutung der Familie

Die erfolgreiche Interaktion wird oft durch einen weiteren Aspekt behindert: die unterschiedlichen Vorstellungen über die Bedeutung der Familie. Damit verbunden sind auch unterschiedliche Vorstellungen darüber, ob und in welcher Weise die Familie in die Beratung und Therapie eines süchtigen Migrationskindes einbezogen werden soll.

Für die Eltern kann die Sucht eines Sohnes oder einer Tochter zu einer einschneidenden Lebenskrise führen, welche nicht nur die gegenwärtige Lebenssituation, sondern die ganze Migrationsentscheidung in Frage stellt. Häufig verstehen die Eltern nämlich nicht, wie es zur Drogenabhängigkeit kommen konnte, zumal sie aus ihrer Sicht alles nur Mögliche für ihre Kinder getan haben. So suchen sie Suchtursachen einerseits ausserhalb der Familie: Die Schweiz, der Staat, die Polizei oder auch der Sozialdienst werden für die Drogensucht eines Kindes verantwortlich gemacht. Andererseits dienen Ursachenmodelle wie Ungeogenheit oder schlicht der «böse Wille» der Kinder als Erklärung für die Sucht.

Eltern fühlen sich ausgeschlossen

Die Eltern nehmen Sucht also nicht unbedingt als individuelle Krankheit wahr. Sie ordnen sie äusseren Ursachen oder dem ungezogenen Verhalten der Kinder zu und bringen deshalb kaum Verständnis auf für die Sucht ihrer Kinder. Dennoch brechen Eltern die Beziehung zur suchtmittelabhängigen Tochter, zum suchtmittelabhängigen Sohn nur äusserst selten ab. Im Gegenteil: Sie lassen ihren Alltag in hohem Mass von der Sucht der Kinder bestimmen, indem sie diese mit konkreter, zum Teil sehr weit reichender Überlebenshilfe unterstützen. Hilfe bei suchtspezifischen Einrichtungen der Regelversorgung suchen Eltern – wenn überhaupt – erst zu einem sehr späten Zeitpunkt, dann nämlich, wenn ihnen die Situation über den Kopf gewachsen ist. Wenden sich die Kinder an eine Institution, ist es für die Eltern kaum nachvollziehbar, wenn PraktikerInnen in der Folge ausschliesslich mit ihren Kindern zusammenarbeiten und sie als Eltern – aufgrund des Berufsgeheimnisses – keine Auskünfte über den weiteren Verlauf und getroffene Abmachungen erhalten. Eltern, zum Teil auch die Kinder selbst, wünschen dabei nicht nur eine grössere Transparenz und offenere Kommunikation, sondern generell einen stärkeren Einbezug und vor allem auch Respekt gegenüber der Elternrolle.

Wertvorstellungen prägen Handlungen

Interaktionsprobleme zwischen MigrantInnen und PraktikerInnen können demnach auch mit einem unterschiedlichen Verständnis der Bedeutung und Gewichtung der Familie zusammenhängen. Eine Herangehensweise, die in erster Linie auf das betroffene Individuum ausgerichtet ist, will meist auch die Autonomie und Unabhängigkeit der Migrationskinder von der Herkunftsfamilie stärken. Sie entspricht damit aber nicht immer dem mehrheitlich familienzentrierten Verständnis der Eltern, aber auch der Kinder selbst. In der Beratung oder Therapie sollten die PraktikerInnen daher vor allem als VermittlerInnen zwischen den teilweise unterschiedlichen Lebenswelten und Sichtweisen der Kinder und Eltern fungieren. Ansonsten geraten die Kinder zwischen die Fronten und leiden

rellen Aus- und Weiterbildung vermehrt beachtet werden. Denn erst eine empathische Haltung, die von Respekt und Wertschätzung geprägt ist, bringt MigrantInnen dazu, uns ihre Geschichten zu erzählen und ermöglicht in der Folge ein bedürfnisorientiertes Handeln. Beratung und Therapie im Migrationskontext erfordern die Bereitschaft, Altbekanntes zu hinterfragen, flexibel zu sein, Neues auszuprobieren und die Herausforderung anzunehmen, das Eigene im Kontext des Fremden in Frage zu stellen. Und genau diese Fähigkeiten sollten auch in der Aus- und Weiterbildung vermehrt gefördert werden.

Transkultureller Wandel der Institution

Neben migrationsspezifischen Anpassungen in der konkreten Interaktion braucht es jedoch entsprechende Massnahmen auf der strukturellen und institutionellen Ebene. So ist vor allem auch die Leitung gefordert, erste Schritte für einen transkulturellen Wandel in der Institution einzuleiten. Doch dies scheint derzeit der Knackpunkt zu sein, sind doch Institutionen bzw. deren Leitung meist nur bereit, in die Weiterbildung zu investieren, kaum aber in den Wandel der Strukturen selbst. So zeigt auch die Studie bzw. die Auswertung der Gespräche, die mit mehreren PraktikerInnen aus Einrichtungen im Suchtbereich geführt wurden, dass transkulturelle Kompetenz in diesen Institutionen nur minimal verankert ist. Mehrheitlich verfügen auf der operativen Ebene lediglich einzelne PraktikerInnen über transkulturelle Kompetenzen – meist MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund, deren Handlungen aber kaum Auswirkungen auf die gesamte Institution haben. Verlassen diese MitarbeiterInnen die Institution, gehen diese Ressourcen in der Regel wieder verloren. Die fehlende institutionelle aber auch strukturelle Verankerung verhindert auf diese Weise einen nachhaltigen transkulturellen Wandel trotz der zunehmenden Sensibilisierung einzelner PraktikerInnen. Migrationsverantwortliche ohne entsprechende Ressourcen und Fachkompetenzen können in einer Institution keinen Wandel auslösen. Ebenso wenig bewirken migrationsspezifisch ausgerichtete Leitbilder, die nicht implementiert und mit kon-

kreten Massnahmen umgesetzt werden. Damit die soziale Praxis aller in einer Institution tätigen AkteurInnen transkulturell kompetenter wird, sollte die Leitung den transkulturellen Wandel einleiten. Dabei muss sie berücksichtigen, dass jeder Wandel mit einem längeren Prozess, bzw. Handeln mit Lernen verbunden ist. Auch in Zeiten der Kurzlebigkeit und der allgemeinen Sparmassnahmen sollte daher nicht vergessen werden, dem transkulturellen Wandel in einer Institution die notwendigen zeitlichen, personellen, fachlichen aber auch finanziellen Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Beispiel Contact Netz

Das Migrationsprojekt des Contact Netz des Kantons Bern ist ein Beispiel für ein solches Vorgehen. Das Projekt wurde durch die Studie initiiert und gemeinsam mit MitarbeiterInnen der Beratungsstelle des Contact in Bern und einem Vertreter des Centro Familiare per Emigrati Bern erarbeitet. Der Einbezug von PraktikerInnen sowohl auf der operativen als auch auf der Leitungsebene hat zu einer fruchtbaren Zusammenarbeit geführt – einerseits zwischen einer Einrichtung der Regelversorgung und der Beratungsstelle einer MigrantInnengemeinschaft, andererseits zwischen Wissenschaft und Praxis. Die Zukunft wird zeigen, ob sich das Migrationsprojekt auch in der Praxis bewährt und inwiefern durch die migrationsspezifischen Anpassungen im Contact Netz die bestehenden Zugangsbarrieren von MigrantInnen zu diesem Angebot der Regelversorgung längerfristig abgebaut werden können.

Das Projekt will ein Angebot für MigrantInnen und nicht für spezifische Ethnien schaffen. Dazu wird bewusst ein Angebot aufgebaut, das in die Regelversorgung integriert ist. Wird sich dieser migrationsspezifisch, integrierende Ansatz im Unterschied zu einem ethnospzifischen, segregativen Ansatz in der Praxis bewähren? Auch diese Frage wird man in absehbarer Zeit beurteilen können.

Die Herausforderung annehmen

Transkulturelle Kompetenz bedeutet die Fähigkeit, in der Interaktion auf spezifische Bedürfnisse situationsgerecht, angepasst und flexibel einzuge-

hen und dabei individuell geprägte Sinn- und Bedeutungswelten zu berücksichtigen. Doch ohne Anpassung auch auf institutioneller Ebene lässt sich die transkulturelle Kompetenz in der Gesundheitsversorgung nur punktuell erhöhen. Eine transkulturell kompetente Gesundheitsversorgung muss daher zum Ziel haben, die vorhandenen Angebote auch auf institutioneller Ebene entsprechend anzupassen und die notwendigen strukturellen Massnahmen in die Wege zu leiten. Erst wenn die Angebote der Regelversorgung umfassend auf die spezifischen Bedürfnisse von MigrantInnen angepasst werden, lassen sich mit der Zeit Zugangsbarrieren abbauen.

Gesamtgesellschaftliche Beteiligung fördern

Das Erhöhen der transkulturellen Kompetenz in der Gesundheitsversorgung kann jedoch nur eine Strategie zur Gesundheitsförderung von MigrantInnen sein. Sie stösst da an Grenzen, wo die soziale Integration von MigrantInnen aufgrund gesellschaftspolitischer Bedingungen erschwert ist. Gesundheitsförderung von MigrantInnen muss somit neben einer transkulturell angepassten Gesundheitsversorgung auch die soziale Integration von MigrantInnen anstreben. Denn letztlich hängen die verschiedenen gesellschaftlichen Bereiche wie Arbeit, Bildung, Wohnen, Freizeit, soziale Sicherheit, politische Rechte und Gesundheit eng zusammen und können daher auch nicht losgelöst voneinander betrachtet werden. Verbesserungen nur in einem Bereich können zwar zu punktuellen Erfolgen führen, doch ohne eine umfassende Integrationspolitik, welche nicht nur die Gesundheit von MigrantInnen, sondern deren gesamtgesellschaftliche Beteiligung fördern will, können gezielte, gesundheitspolitische Interventionen nur Teilerefolge erzielen.

Anstoß für andere Bereiche

Die soziale Integration von MigrantInnen bzw. die Erhöhung der Zugangschancen für MigrantInnen zu allen gesellschaftlichen Bereichen als Voraussetzung für eine gute Gesundheit kann demzufolge nicht allein vom Suchtbereich geleistet werden. In diesem Sinne sind Einrichtungen des Sucht-

bereichs von gesellschaftspolitischen Realitäten beeinflusst. Der migrationsspezifischen Suchtarbeit sind damit entsprechende Grenzen gesetzt. Andererseits könnten die Institutionen im Suchtbereich aufgrund ihrer Offenheit gegenüber Neuem und ihrer relativen Beweglichkeit erste Schwerpunkte setzen und eine gewisse VorreiterInnenrolle für eine erhöhte transkulturelle Kompetenz innerhalb der Gesundheitsversorgung einnehmen. Sie sollten diese Herausforderung im Sinne einer innovativen Perspektive annehmen – trotz sparpolitischer Massnahmen und dadurch entstehender Verunsicherung und finanzieller Belastung.

Die Erhöhung transkultureller Kompetenz in der Gesundheitsversorgung erfordert letztlich von den Einrichtungen der Regelversorgung eine weitreichende Öffnung, welche alle in diesem Bereich tätigen AkteurInnen erfasst. Eine solche umfassende Öffnung auf allen Ebenen hat nicht nur auf die Arbeit mit MigrantInnen eine positive Auswirkung. Sie fördert generell eine situations- und bedürfnisgerechtere Ausrichtung in Beratungs-, Therapie-, Pflege- und Behandlungskontexten. Mehr Flexibilität, auf Situation und Kontext angepasste Handlungen, sowie der Einbezug individueller Erklärungsmodelle und persönlicher Lebensgeschichten fördert somit die Qualität und dementsprechend auch die Wirkung jeglicher gesundheitsrelevanter Handlungen. ■

Literatur

- **Domenig, D., 2001a:** Zur Frage der transkulturellen Kompetenz in der Gesundheitsversorgung. Eine qualitative Studie in der Region Bern zur Suchtproblematik von Drogenabhängigen italienischer Herkunft im Bereich Therapie und Beratung, Dissertation, Bern, Selbstverlag.
 - **Domenig, D., 2001b:** Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz, Bern. (im Druck).
 - **Domenig, D.; Salis Gross, C. 2001:** Transkulturelle Kompetenz in der Drogenarbeit. Migrationsspezifische Hilfe an Drogenabhängige italienischer Herkunft. In: Unipress, 108: 23-24.
 - **Domenig, D.; Salis Gross, C.; Wicker, H.-R., 2000:** Studie Migration und Drogen. Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft. Schlussbericht. Institut für Ethnologie der Universität Bern und Bundesamt für Gesundheit, EDMZ.
 - **Domenig, D., 1999:** Die Vermittlung der transkulturellen Pflege im klinischen Kontext: Eine Gratwanderung. In: Pflege, 12: 362-366.
 - **Pavkovic, G., 1999:** Interkulturelle Kompetenz und Qualität in der Suchtkrankenhilfe. In: Salman, R.; Tuna, S.; Lessing, A. (Hrsg.), 1990: Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Giessen.
 - **Uzarewicz, C., 1999:** Transkulturalität. In: Kollak, I., Hesook, S. K. (Hrsg.): Pflegetheoretische Grundbegriffe. Bern: 113-128.
 - **Uzarewicz, C., 1998:** Zur Problematik des Kulturbegriffes und das Phänomen des Fremden. In: Pflege 11: 156-160.
 - **Welsch, W., 1998:** Transkulturalität: Zwischen Globalisierung und Partikularisierung. In: Interkulturalität – Grundprobleme der Kulturbegegnung. Mainzer Universitätsgespräche, Mainz, Sommersemester.
 - **Wicker, H.-R., 1996:** Von der komplexen Kultur zur kulturellen Komplexität. In: Wicker, H.-R. et al. (Hrsg.), 1996: Das Fremde in der Gesellschaft: Migration, Ethnizität und Staat. Zürich: 373-392.
- daran erstellte Publikation (Domenig 2001a und b) verwiesen, welche den Fokus noch vertieft auf die Frage der transkulturellen Kompetenz in der Gesundheitsversorgung richtet.
- ² Pavkovic, 1999: 62
- ³ PraktikerInnen umfasst hier alle in der Suchtarbeit tätigen Berufsgruppen, wie namentlich SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen, Pflegende, usw.
- ⁴ Der Begriff Zweitgeneration bezeichnet die Generationenfolge seit der Migration, d. h. die Zweitgeneration bezeichnet die Kinder derjenigen Generation, welche ursprünglich migriert ist. In der Literatur wird meist der Begriff Zweitgeneration gebraucht, was jedoch auch kritisiert wird, da auf diese Weise ein Schnitt in der Generationenfolge von MigrantInnen durch die Migration impliziert wird. Auch wird der Begriff Zweitgeneration in Anbetracht dessen, dass mittlerweile schon die dritte und vierte Generation in der Schweiz lebt, der Realität nicht immer gerecht. Doch auch der von den KritikerInnen des Zweitgenerationenbegriffs häufig verwendete Begriff MigrantInnenkinder oder Migrationskinder ist problematisch, da es sich bei Migrationskindern auch um erwachsene Personen handeln kann. Um diesem Widerspruch zu entgehen, wird von einigen AutorInnen auf den Begriff MigrantInnenjugendliche ausgewichen, wobei auch dieser Begriff nicht eindeutig ist, da es sich auch bei ErstmigrantInnen um Jugendliche handeln kann. Mangels einer überzeugenden Alternative werden im Folgenden sowohl die Begriffe Zweitgeneration, wie auch Migrationskinder verwendet.
- ⁵ Ausgehend von einer Kritik an einem essentialistischen Verständnis von Kultur, das Kultur als homogenes, nach aussen abgegrenztes Ganzes begrifflich fasst, und somit generellen Stereotypisierungen und Kulturalisierungen in der Interaktion Vorschub leistet, wird hier von einem Verständnis der Transkulturalität ausgegangen, das Menschen und deren Handeln nicht kulturspezifischen Kategorien zuordnet, sondern die Interaktion als eine transkulturelle Begegnung von Menschen mit individuellen Lebensgeschichten und Sinnwelten begreift (siehe zur Diskussion um den essentialistischen Kulturbegriff und dessen Verwendung in der Praxis auch Domenig: 1999 und 2001b, Uzarewicz: 1998 und 1999, Welsch: 1998 und Wicker: 1996).
- ⁶ Um welche konkreten Massnahmen es sich dabei handelt, wird hier nicht näher erläutert, sondern auf die entsprechende Publikation verwiesen, welche in einem umfassenden Massnahmenkatalog die zu treffenden Massnahmen auflistet (Domenig 2001a und b).
- ⁷ Das Migrationsprojekt des Contact Netz Bern wurde während der Datenerhebungsphase der Studie Migration und Drogen gemeinsam mit der Praxis entwickelt. Dabei wurden die bereits vorhandenen Ergebnisse in die Projektentwicklung einbezogen. Nach Abschluss der Studie hat das Contact Netz die Federführung für die Umsetzung übernommen. Das Migrationsprojekt soll noch dieses Jahr gestartet werden (siehe auch Domenig: 2001a und b sowie Domenig et al.: 2000).